

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DEC. NRO. 1567/74				Nro. de Legajo, registro, ficha, etc.			
COMPAÑIA ASEGURADORA:							
Nombre y Apellido:							
Documento: Tipo: Nro.:				C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)			
Expedido por:							
FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO		Fecha de ingreso al empleo		
Domicilio Particular							
Calle:			Nro.:	Piso:	Dto.:	Cp	
Localidad:				Provincia:			
Empleador							
Calle:			Nro.:	Piso:	Dto.:	Cp	
Localidad:				Provincia:			
BENEFICIARIOS							
Nombre y Apellido		Parentesco	Domicilio		Documento		%
Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad.)							
Lugar y Fecha				Firma del Asegurado (o impresión digital)			

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

TALON PARA EL EMPLEADOR

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DEC. NRO. 1567/74				Nro. de Legajo, registro, ficha, etc.			
COMPañIA ASEGURADORA:							
Nombre y Apellido:							
Documento: Tipo: Nro.:				C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)			
Expedido por:							
FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO		Fecha de ingreso al empleo		
Domicilio Particular							
Calle:			Nro.:	Piso:	Dto.:	Cp	
Localidad:				Provincia:			
Empleador							
Calle:			Nro.:	Piso:	Dto.:	Cp	
Localidad:				Provincia:			
BENEFICIARIOS							
Nombre y Apellido		Parentesco	Domicilio		Documento		%
Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad.)							
Lugar y Fecha				Firma del Asegurado (o impresión digital)			

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DEC. NRO. 1567/74				Nro. de Legajo, registro, ficha, etc.			
COMPañIA ASEGURADORA:							
Nombre y Apellido:							
Documento: Tipo: Nro.:				C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)			
Expedido por:							
FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO		Fecha de ingreso al empleo		
Domicilio Particular							
Calle:			Nro.:	Piso:	Dto.:		Cp
Localidad:				Provincia:			
Empleador							
Calle:			Nro.:	Piso:	Dto.:		Cp
Localidad:				Provincia:			
BENEFICIARIOS							
Nombre y Apellido		Parentesco		Domicilio		Documento	%
Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad.)							
Lugar y Fecha				Firma del Asegurado (o impresión digital)			

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

TALON PARA EL ASEGURADO

ARTICULO 5º: PRIMA. SUMA ASEGURADA

El costo del seguro estará a cargo del empleador.

ARTICULO 7º: SOLICITUD DEL SEGURO - EMISION DE LA POLIZA – NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO

Las solicitudes de seguro que formulen los tomadores serán acompañadas de manera indefectible, con copia de la última nómina del personal empleado declarada al sistema Unico de la Seguridad Social (SUSS), a cargo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP)

A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluido en la misma todo el personal en relación de dependencia declarado al SUSS sin necesidad de ulterior comunicación a la aseguradora. Cuando el tomador empleador – contratante no estuviere incluido en el Sistema Unico de la Seguridad Social será su obligación comunicar a la aseguradora al momento de presentar la solicitud de seguro, el número de C.U.I.L. (Clave Unica de Identificación Laboral) del personal asegurado y en el caso de menores, el número de la cuenta de la Caja de Ahorro Especial, y mantener ésta nómina actualizada con las altas y bajas producidas.

Las entidades aseguradoras deberán entregar la póliza al tomador por un medio que permita comprobar su recepción dentro de los 15 (QUINCE) días de celebrado el contrato.

Dicha póliza deberá emitirse anualmente. Consignará en su frente superior el texto "Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1.567/74" y contendrá el número de registro y su fecha de emisión, el nombre, domicilio y demás datos personales del tomador, capital asegurado, prima vigente al inicio de la cobertura, plazo y condiciones de pago y riesgo cubierto.

El tomador de la póliza deberá exhibir, un Afiche donde se indique:

- a) Aseguradora donde se encuentra vigente la cobertura, domicilio, teléfonos, dirección electrónica.
- b) Como mínimo, incluirá la información que se señala en el Anexo I) del presente
- c) Al pie se indicará que cualquier consulta o denuncia relativa a ésta cobertura debe dirigirse a la Superintendencia de Seguros de la Nación, con su dirección, teléfonos, y dirección electrónica.

Este Afiche deberá ser provisto por la aseguradora conjuntamente con la entrega de la póliza.

ARTICULO 8º: DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios.

La aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la comunicación a los asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, dentro de los 15 (quince) días de contratada la cobertura o de denunciada la incorporación del nuevo empleado, según corresponda, la aseguradora deberá proveer al tomador del seguro, por cada asegurado, el "Formulario de Designación de Beneficiarios".

En el "Formulario de Designación de Beneficiario" que le proporcionará el empleador; el asegurado consignará, el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarias del seguro, determinando en su caso, la cuota parte que le asigna a cada uno de los beneficiarios designados, domicilio, tipo y número de Documento de Identidad y firma del asegurado.

El Original y Duplicado quedarán en poder del tomador quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado. Cuando el empleado asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos.

El asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

ARTICULO 14º: COMUNICACION DE ALTAS Y BAJAS - AJUSTE DE LAS PRIMAS

Las altas y bajas serán comunicadas por el tomador a la aseguradora, con el envío de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Unico de la Seguridad Social (SUSS), la que establecerá el cálculo para el ajuste de primas si correspondiere. La aseguradora tendrá el derecho a exigir al tomador la última nómina de personal empleado declarada al Sistema Unico de la Seguridad Social (SUSS) cuando lo estime conveniente.

ARTICULO 15º: LIQUIDACION FRENTE AL SINIESTRO

La aseguradora deberá requerir del tomador que acredite haber notificado fehacientemente de la existencia del beneficio, al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado tenga registrado, y dirigida a los presuntos herederos y/o beneficiarios.

En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio.

Los aseguradores liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:

1. Partida de Defunción del Asegurado.
2. Constancia de CUIL del trabajador y de su incorporación a la nómina de empleados del tomador-empleador o declaración de Alta Temprana de AFIP.
3. Formulario de Designación de Beneficiarios.
4. En caso de no existir designación de beneficiario o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, copia autenticada del testimonio de la declaración de herederos o del auto de aprobación del testamento.
5. Si los beneficiarios son incapaces, la documentación que acredite quien ejerce su patria potestad, tutela o curatela.

Completada la documentación indicada, el Asegurador tendrá 15 (quince) días corridos para efectuar el pago del beneficio.

Ante la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, herederos judicialmente declarados o testamentarios, transcurridos tres meses desde la producción del siniestro, la entidad aseguradora deberá depositar el importe de la prestación en la Caja Compensadora.

ARTICULO 27º: PRESCRIPCION

Los derechos inherentes a la relación entre la Caja Compensadora y las aseguradoras, prescriben en el término de 5 (cinco) años, con el alcance dispuesto por el artículo 4027 inciso 3º del Código Civil.

Los derechos que corresponden al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nro. 1567/74, se rigen en materia de prescripción por el artículo 58 de la Ley 17.418.